



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2010

---

## **Differenzialdiagnose der häufigsten Kopfhautsymptome: Wenn die Kopfhaut juckt, brennt oder schuppt**

Trüeb, R M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-44624>  
Journal Article

Originally published at:

Trüeb, R M (2010). Differenzialdiagnose der häufigsten Kopfhautsymptome: Wenn die Kopfhaut juckt, brennt oder schuppt. *Dermatologie Praxis*, (3):8-12.

## Differenzialdiagnose der häufigsten Kopfhautsymptome

# Wenn die Kopfhaut juckt, brennt oder schuppt

RALPH M. TRÜEB, ZÜRICH

Gemäss einer Marktforschungsanalyse leiden 58% der Männer und 62% der Frauen an subjektiv störenden Reizerscheinungen der Kopfhaut wie Juckreiz, Schmerz, Überempfindlichkeit, Rötung, Seborrhoe, Seborrhoe oder vermehrter Schuppung. Sichtbare Kopfhautveränderungen können Ausdruck einer spezifisch dermatologischen Erkrankung sein, oder sie entstehen sekundär durch physikalisch-chemisch bedingte Schäden an der Kopfhaut (Kratzen, Überbehandlung) und Sekundärinfektion (Impetiginisation).

Liegen Symptome an der Kopfhaut vor, dann müssen immer zugrunde liegende dermatologische Erkrankungen wie Ekzeme, Psoriasis mit ihren krankheitstypischen Veränderungen der Kopfhaut erkannt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.

## Atopisches Ekzem (Seborrhoe)

Das atopische Ekzem ist eine chronische bzw. chronisch-rezidivierende Erkrankung, die sich durch starken Juckreiz mit Kratzeffekten, ekzematöse Hautveränderungen und Neigung zur Sekundärinfektion auszeichnet. Es handelt sich um eine genetisch determinierte Erkrankung mit erniedrigter Juckreizschwelle, erhöhtem transepidermalen Wasserverlust, verminderter Alkaliresistenz und erhöhter Bereitschaft, gegen häufige Umweltallergene eine Soforttyp-Sensibilisierung mit IgE-Antikörpern (Atopie) und entsprechenden klinischen Erscheinungen (allergische Rhinokonjunktivitis, allergisches Bronchialasthma und Ekzem) zu entwickeln.

Auf der Grundlage der genetischen Disposition führt eine Vielzahl von teils exogenen, teils individuellen Realisationsfaktoren zur Krankheit: psychosoziale Einflüsse, psychovegetative Charakteristika, unspezifische Empfindlichkeit der Haut, klimatische Umweltbedingungen und Hautpflegegewohnheiten.

Die klinischen Bilder unterscheiden sich hinsichtlich Krankheitsverlauf, Akuität und morphologischer Aspekte. Die Krankheitsausprägung verändert sich oft mit dem Alter. Die Haut ist trocken (Seborrhoe) und empfindlich und neigt bei häufigem Waschen zu weiterer Austrocknung und Juckreiz. In ausgeprägten Fällen ist die Kopfhaut gerötet, entzündlich infiltriert, schuppt pityriasiform und zeigt multiple, stark juckende, hämorrhagisch verkrustete Exkoriationen. Die Haare sind trocken und glanzlos.

Bei der Haarpflege sollte generell auf nichtalkalische Hautreinigungsmittel mit hohem Mildegrad geachtet werden. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass häufige Haarwäschen und ungeeignete Zusammensetzung der in Shampoos enthaltenen reinigenden Tenside eine austrocknende und irritative Wirkung haben.

Pflegezusätze und Feuchthaltemittel – insbesondere Fettsubstanzen wie pflanzliche Öle, Wachse, Lezithin und Lanolin-Derivate, Proteinhydrolysate und Panthenol – können von Nutzen sein. Amphotenside wie Amphoacetate und -diacetate sowie nicht-ionische Tenside wie Polyglykoside (Zuckertenside) gehören zu den mildesten waschaktiven Substanzen überhaupt.

Seifen und ältere anionische Tenside mit Irritationspotenzial wie Alkylsulfate sind zu vermeiden.

## Allergisches und toxisches Kontaktekzem

Beim allergischen Kontaktekzem handelt es sich um eine entzündliche Intoleranzreaktion der Haut mit überwiegend epidermaler Beteiligung auf der Basis einer zellvermittelten Allergie vom Spättyp (Typ IV). Die Sensibilisierung wird eingeleitet durch das Eindringen von niedermolekularen Substanzen (Molekulargewicht <10 kDa) in die Epidermis und endet mit der Proliferation allergenspezifischer T-Lymphozyten in den Lymphknoten und deren Rezirkulation über den Blutkreislauf in die Haut.

Die Penetration der Allergene und die Sensibilisierung werden begünstigt durch wiederholten und intensiven Kontakt und speziell durch pathologische Zustände der Haut mit Störung der natürlichen Hautbarrierefunktion.

Die akute und die chronische allergische Kontaktdermatitis sind die beiden Extreme möglicher Verlaufsformen. Das klinische Bild ist abhängig vom Sensibilisierungsgrad des Patienten, von der Expositionsart und von örtlichen, haut-eigenen Faktoren. Einmaliger Kontakt mit einem Kontaktallergen kann bei hohem Sensibilisierungsgrad zu einer akuten allergischen Kontaktdermatitis mit schmerzhafter Rötung und Schwellung des Gesichts sowie Nässen und Verkleben der Haare führen.

Wiederholter Kontakt mit einem Allergen kann bei niedrigem Sensibilisierungsgrad zu sich ständig wiederholenden, geringen entzündlichen Reaktionen unter dem Bild eines chronischen allergischen Kontaktekzems der Kopfhaut führen. Die Reaktionen treten oft am Haarrand, an den Ohren und/oder im Gesicht auf, speziell in der Periorbitalregion.

Bei der Haarpflege ist grundsätzlich jeder weitere Kontakt mit den möglichen Kontaktallergenen zu vermeiden, um Rückfällen vorzubeugen. Nach Identifikation der Kontaktallergene ist der

Patient entsprechend aufzuklären. Der nach einer Epikutantestung ausgestellte Allergiepass informiert über die nachgewiesenen Kontaktallergene. Im Sinn der Expositionsprophylaxe sollte der Patient ausschliesslich Produkte verwenden, deren Inhaltsstoffe deklariert sind. Zur Prävention ist generell darauf zu achten, dass Individuen mit empfindlicher Kopfhaut, Atopie, Ekzemneigung oder bereits bekannten Kontaktallergien Shampoos mit einer möglichst wenigen Inhaltsstoffen verwenden. Insbesondere sollten Shampoo-Inhaltsstoffe mit bekanntem Irritations- und Allergisierungspotenzial vermieden werden.

40% der Bevölkerung geben an, Kosmetika nicht zu vertragen, aber nur ein kleiner Bruchteil weist testmässige Kontaktsensibilisierung auf. Nichtsdestotrotz sind aus der Literatur Typ-IV-Sensibilisierungen gegenüber Shampoo-Inhaltsstoffen bekannt – vornehmlich gegenüber Duftstoffen, Tensiden wie Cocamidopropylbetain und Konservierungsstoffen. Als potenziell allergisierende Inhaltsstoffe sind ferner Antioxidantien

wie Butylhydroxyanisol und Farbstoffe zu nennen.

Beim toxischen Kontaktekzem besteht eine entzündliche Intoleranzreaktion der Haut. Diese Reaktion kann entweder die Folge der einmaligen Einwirkung obligat toxischer, d. h. primär stark hautschädigender Stoffe bei normaler Hautempfindlichkeit sein, oder die Reaktion tritt infolge der wiederholten Einwirkung von Kontaktnoxen in geringer, primär die Haut nicht schädigender Konzentration über einen längeren Zeitraum bei individuell gegebener Ekzembereitschaft auf.

Das toxische Kontaktekzem entsteht am Einwirkungsort der Kontaktnoxe. Die Akuität der Hautveränderungen hängt von der Art und Menge des Irritans sowie von der individuellen Hautempfindlichkeit ab. Häufigste Ursachen sind chemisch-kosmetische Kontaktirritationen wie Ammoniumpersulfat (Blondierung) und Thioglykolate (Dauerwelle), übertriebene haarkosmetische Massnahmen (Detergenzien, Heissluftfön, Massagen, Friktionen etc.) oder Überbehand-

lung der Kopfhaut mit alkoholischen dermatologischen Externa.

Das chronische kumulativ-toxische Ekzem tritt bevorzugt bei Personen mit Seborrhoe, Atopie oder Ichthyosis vulgaris sowie bei älteren Menschen (Altersseborrhoe) auf. Das Ekzem kann bereits durch wenige Haarwäschen mit entfeuchtenden Shampoos ausgelöst werden, ferner durch häufige Haarwäsche und Verwendung des Heissluftföns. Es tritt v. a. in der kalten Jahreszeit auf, weil dann das Missverhältnis zwischen Austrocknung (Exsikkation) der Hornschicht und nachfolgender Regeneration aufgrund der erniedrigten Luftfeuchtigkeit stärker in Erscheinung tritt. Führendes Symptom ist dann der Juckreiz der Kopfhaut.

Bei der Behandlung steht die Beseitigung der Kontaktnoxe im Vordergrund – bei Einwirkung chemischer Noxen durch Abwaschen mit Wasser. Corticosteroide bewirken zwar eine Besserung, aber bei chronischen Verlaufsformen keine völlige Abheilung, solange die Barrierefunktion der Haut nicht wieder hergestellt ist. Deshalb ist die einzige

#### Gekürzte Fachinformation von Protopic®

**Z:** Protopic®-Salbe 0.03% und 0.1% enthalten: Tacrolimus 0.3 mg/g bzw. 1 mg/g Tacrolimus, Excip. ad unguentum. **I:** Behandlung akuter Exazerbationen von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis als «Second-Line»-Therapie, falls die herkömmliche Behandlung nicht genügend wirksam ist oder Nebenwirkungen auftreten. **D:** Erwachsene: 2x täglich eine dünne Schicht Salbe 0.03% oder 0.1% auf die Hautläsionen auftragen. Kinder ab 2 Jahren und Jugendliche: 2x täglich eine dünne Schicht Salbe 0.03% auf die Hautläsionen auftragen. Die Behandlung ist auf die Hautläsionen zu beschränken. Eine kontinuierliche Langzeitanwendung sollte vermieden werden. **K:** Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit auf Tacrolimus oder auf einen der Hilfsstoffe der Salbe. **VM:** Protopic®-Salbe ist an Kindern unter 2 Jahren nicht geprüft worden. Übermässige UV-Exposition (UVA- oder UVB-Strahlen) der behandelten Hautpartien, z. B. Sonne oder Solarium, ist während der ganzen Behandlungsdauer zu vermeiden. Geeignete Sonnenschutzmassnahmen sind vom Arzt zu empfehlen. Gleichzeitig mit Protopic® können Emollientien angewendet werden, wobei zwischen den Applikationen der beiden Präparate auf derselben Hautpartie mindestens 2 Stunden liegen sollten. Schwangerschaft, Stillzeit: Während der Schwangerschaft darf Protopic® nicht verwendet werden, es sei denn, dies ist unbedingt erforderlich. Obschon die systemische Resorption von Tacrolimus bei Applikation der Salbe beschränkt ist, empfiehlt es sich, während der Behandlung mit Protopic® nicht zu stillen. **UW:** Hautreizungen an der Applikationsstelle: Hautbrennen, Pruritus, Wärmegefühl, Hautrötung, Schmerz, Reizung, Ausschlag, Follikulitis, Parästhesien und Dysästhesien. Andere Herpesvirus-Infektionen, Herpes simplex, Akne, Alkoholunverträglichkeit. **IA:** Da Tacrolimus nicht durch die Haut metabolisiert wird, besteht kein Risiko einer perkutanen Interaktion, die des Metabolismus von Tacrolimus beeinträchtigen könnte. **P:** Salbe 0.1% 10 g, 30 g und 60 g. Salbe 0.03% 10 g, 30 g und 60 g. **Liste B, kassenpflichtig.** Vor der Verschreibung konsultieren Sie bitte das Arzneimittel-Kompensum der Schweiz\*, Zulassungsinhaber: Astellas Pharma AG, Office: Grindelstrasse 6, 8304 Wallisellen. Stand der Informationen: März 2006

**Referenzen:** 1. Hanifin, J.M. et al: Efficacy and safety of tacrolimus ointment treatment for up to 4 years in patients with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2 Suppl 2): S186-S194. 2. Paller, A.S. et al: Tacrolimus ointment is more effective than pimecrolimus cream with a similar safety profile in the treatment of atopic dermatitis: results from 3 randomized, comparative studies. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(5): 810-822. 3. Rustin, M.H.: The safety of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis: a review. *Br J Dermatol* 2007; 157(5): 861-873. 4. Kyllönen, H. et al: Effects of 1-year intermittent treatment with topical tacrolimus monotherapy on skin collagen synthesis in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2004; 150(6): 1174-1181. 5. Reitano, S. et al: Tacrolimus ointment does not affect collagen synthesis: results of a single-center randomized trial. *J Invest Dermatol* 1998; 111(3): 396-398.

\*Protopic® ist gemäss aktuellen IMS-Daten der meisteingesetzte TCI (Topischer Calcineurininhibitor) in der Schweiz in Bezug auf Verschreibungen, eingesetzte Standard-Units und den Verkaufszahlen (IMS Health GmbH Schweiz APO/SD/SPI – Index MAT/2/2009; SDI Medical MAT/04/2008)



## Bei atopischer Dermatitis\*

\* Indiziert bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis als «Second-Line»-Behandlung

- Starke Wirksamkeit<sup>1,2</sup>
- Gute Verträglichkeit<sup>3</sup>
- Steroidfreie Therapie (keine Hautatrophie)<sup>4,5</sup>



**Abb. 1: Psoriasis capitis: scharf begrenzte erythematoso-squamöse Hautveränderungen, die über die Stirnhaargrenze hinausreichen**

zielführende therapeutische Massnahme das konsequente Meiden weiterer Hautschädigung. Bei chronischem kumulativ-toxischem Kontaktekzem setzt dies eine entsprechende Patientenaufklärung über das Meiden fortgesetzter chemischer und physikalischer Einwirkungen voraus. Der Patient sollte pH-neutrale Shampoos aus Waschrohstoffen mit hohem Mildegrad verwenden, in Verbindung mit Pflegestoffen wie Proteinhydrolysaten, die das Irritationspotenzial ionischer Tenside durch Komplexbildung weiter herabsetzen.

#### Seborrhoisches Ekzem (Seborrhoe)

Beim seborrhoischen Ekzem handelt es sich um eine zwar klinisch-morphologisch gut definierte, aber in ihrer



**Abb. 2: Pityriasis simplex capitis: feine, kleieformige Schuppung**

Ätiopathogenese nicht vollständig erschlossene, chronische oder chronisch-rezidivierende Dermatitis, die gekennzeichnet ist durch eine angedeutet gelblich-rote (lachsrote) Farbe der Ekzempläsion mit fettiger Schuppung und Prädisposition für seborrhoische Hautareale: behaarte Kopfhaut, Gesicht, vordere und hintere Schweissrinne. Die Bevorzugung seborrhoischer Hautareale, die Altersprädisposition und die stärkere Ausprägung bei Individuen mit mangelnder Hygiene sowie Stress-bedingte Exazerbationen weisen darauf hin, dass Talg und vermehrtes Schwitzen bei der Entstehung eine Rolle spielen.

Die dichte Besiedelung mit saprophytären Keimen wie *Malassezia* spp. und das Ansprechen auf eine antimykotische Therapie sprechen ferner für eine pathogenetische Bedeutung der mikrobiellen Flora.

Klinisch finden sich zumeist stark juckende, unscharf begrenzte, erythematoso-squamöse Hautveränderungen in Verbindung mit einer Hyperseborrhoe, nicht selten kompliziert durch kratzbedingte Impetiginisation oder follikuläre Pyodermien (Pusteln). Bei Personen mit mangelnder Hygiene kann es zu mächtigen Schuppenauflagerungen kommen (*Pityriasis amiantacea*).

Es ist nicht möglich, mit kosmetischen Wirkstoffen eine signifikante Verbesserung der Seborrhoe zu erzielen. Der einzige sebosuppressive Wirkstoff in Shampooform, dem Bedeutung zukommt, ist Steinkohleteer (5%). Ein weiterer therapeutischer Ansatzpunkt ist die Reduktion der mikrobiellen Lipolyse. Damit die mikrobielle peroxidative Transformation der Kopfhaut- und Haarlipide zu ranzig riechenden Substanzen gehemmt wird, setzt man vorzugsweise antimikrobiell wirksame Substanzen ein. Eine Hemmung der mikrobiellen Lipolyse lässt sich ebenfalls durch eine geeignete Tensid-Grundlage erzielen. Dies wird durch eine milde, in der Regel anionische Tensidgrundlage aus gut reinigenden Waschrohstoffen erreicht.

Um das vorzeitige Zusammenfallen voluminöser Frisuren zu vermeiden, muss ferner verhindert werden, dass die Haaroberfläche zu glatt und geschmeidig wird. Zusätzliche Pflegestoffe, die sich auf dem Haar zum Talg addieren – insbesondere Rückfetter und kationische Polymere – sind zu vermeiden, da sie zur zusätzlichen Beschwerung des Haars und der Frisur führen. Hingegen kann der Einsatz gerb-

stoffhaltiger Pflanzenextrakte, z. B. Eichenrindenextrakt, durch Aufrauung der Haaroberfläche den Frisurhalt günstig beeinflussen.

Für die medizinale Kopfwäsche der seborrhoischen Dermatitis eignen sich antimykotische Shampoos mit den Wirkstoffen Selendisulfid, Zinkpyrithion (mikronisiert), Octopirox, Ketoconazol, Miconazol oder Ciclopiroxolamin. Aufgrund des Irritationspotenzials einzelner dieser Wirkstoffe empfiehlt es sich, diese Shampoos mit einem reizarmen Shampoo abzuwechseln. Sofern sie täglich angewendet werden, eignen sich in leichteren Fällen auch Shampoos ohne pharmakologische Zusätze, die Detergenzien enthalten und die Schuppen gut ablösen.

Auf eine mögliche mikrobielle Sekundärinfektion sollte geachtet werden. Treten Sekundärinfektionen auf, können antimikrobiell breit wirksame Waschlotionen eingesetzt werden, z. B. Povidon-Jod.

#### Psoriasis capitis

Bei der Psoriasis handelt es sich um eine primäre, chronisch-entzündliche Hauterkrankung auf der Basis einer (immun-) genetischen Disposition mit typischen, scharf begrenzten, entzündlich geröteten Hautveränderungen, die eine charakteristische, fest haftende, silbrig-weiße Schuppung aufweisen. Mit einer Erkrankungshäufigkeit von 2% zählt die Psoriasis zu den häufigsten dermatologischen Erkrankungen überhaupt. Das Kapillitium stellt eine Prädispositionsstelle dar und ist bei 80% der Psoriatiker betroffen. Nicht selten tritt die Psoriasis ausschließlich an der Kopfhaut auf.

Am behaarten Kopf präsentiert sich die Psoriasis capitis in Form scharf abgesetzter, stark schuppender, erythematoso-squamöser Herde, die im Unterschied zum seborrhoischen Kopfhaut ekzem die Stirnhaargrenze auf die nicht-behaarte Haut überschreiten (**Abb. 1**). Im Unterschied zur allgemeinen Auffassung der Psoriasis jucken psoriatische Kopfhautherde oft stark.

Der Behandlungserfolg hängt von der Disziplin des Betroffenen ab. Die topische Behandlung steht im Vordergrund. Bezüglich Schnelligkeit, Verträglichkeit und Vollständigkeit der Wirkung sind die topischen Corticosteroide anderen Externa überlegen. Unterstützend eignen sich schuppenwirksame Medizinalshampoos und Teer, die zur Behand-





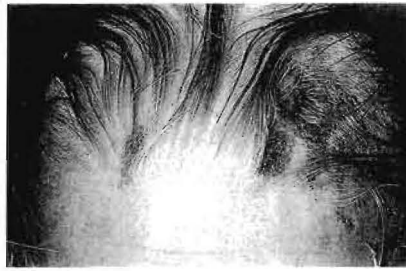
**Abb. 3: Neurotische Exkoriationen der Kopfhaut**

lung des seborrhoischen Ekzems zum Einsatz kommen. Zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit müssen sie regelmässig angewendet werden.

Aufgrund des Irritationspotenzials einzelner dieser Wirkstoffe empfiehlt es sich, diese Shampoos mit einem milden Shampoo abzuwechseln – umso mehr als die psoriatische Haut zur Austrocknung neigt und die Psoriasis eine Erkrankung ist, die auf äussere Reize reagiert. Ferner ist darauf zu achten, weitere exogene Provokationsfaktoren, z. B. Kratzen und Scheuern der Kopfhaut, auszuschalten. In leichten Fällen genügt das abendliche Aufbringen von Olivenöl mit Zusatz von 2–5% Salizylsäure und häufiges Waschen mit einem milden Shampoo ohne pharmakologische Zusätze im Wechsel mit einem schuppenwirksamen Medizinalshampoo.

### Kopfschuppen

Abgesehen von denjenigen Kopfschuppen, die wegen einer zugrundeliegenden Dermatose entstehen, wird vermehrte Kopfschuppung als Ausdruck eines gereizten Haarbodens mit fokalen, mikroskopischen Entzündungsherden aufgefasst. Infolge physikalisch-chemischer Stimuli, mikrobieller Besiedelung und/oder abnormer Talgproduktion und -zusammensetzung kommt es zu fokaler epidermaler Hyperproliferation in Verbindung mit einer abnormen Keratinisierung (Parakeratose) und erhöhter Bildung von Zellaggregaten. Dieser Prozess führt zur gestörten Abschilferung und verändertem Lichtbrechungsindex der verhornten Zellen. Die Kopfhautschuppen



**Abb. 4: Temporale Ulzeration bei Arteriitis temporalis**

kann mit Juckreiz einhergehen, wobei psychische Stressfaktoren erfahrungsgemäss einen Einfluss auf die Empfindungsschwelle haben. Grösse, Haft- und Lichtbrechungseigenschaften dieser Zellen bzw. Zellaggregate sowie die Talgproduktion und -zusammensetzung bestimmen das klinische Erscheinungsbild der Schuppung. Unterschieden werden Pityriasis simplex (Abb. 2), Pityriasis steatoides und Pityriasis amiantacea.

Bei der Behandlung von Kopfschuppen steht gegenwärtig die antimikrobielle Shampoobehandlung über eine Hemmung von Malasseziahefen wie bei der seborrhoischen Kopfhautdermatitis im Vordergrund. Shampoos sind die häufigste Form der Haarbehandlung, und die wechselseitige Beziehung zwischen Kosmetik und Medizin widerspiegelt sich in den Fortschritten der Shampootechnologie.

Neue Shampoos ermöglichen nicht nur eine effektive Behandlung von Kopfhautproblemen, sondern haben auch die Vorteile kosmetischer Haarwaschmittel. In Antischuppenshampoos erlangt aus diesem Grund der Einsatz von Pflegestoffen Bedeutung, um dem Haar nach der Wäsche auch Glanz, Glätte und Volumen zu verleihen. Durch eine verbesserte Technologie und Galenik wird eine besonders effektive Inhibition von Malasseziahefen auch nach kurzer Einwirkzeit bei gleichzeitig niedrigem Hautreizungspotenzial erreicht.

Die kosmetischen Eigenschaften und der Produktkomfort erhöhen die Patienten-Compliance im Hinblick auf die regelmässige Anwendung für eine erfolgreiche Dauerbehandlung.

### Juckreiz und Kratzexkoriationen

Juckreiz und Kratzexkoriationen können Ausdruck eines allgemeinen Pruritus sein (bei Diabetes mellitus, Eisenmangel, Uremie, Cholestase, Paraneoplasie), bei dem weiterführende internistische Untersu-

chungen angezeigt sind. Des Weiteren können Juckreiz und Kratzexkoriationen das Symptom einer parasitären Infestation oder psychogen bedingt sein.

Während es bei Kopflausbefall zur Ekzematization und Impetiginisation im Nacken- und Retroaurikulärbereich kommt, sind die selbst zugefügten Hautdefekte infolge neurotischer Exkoriation oder Acarophobie häufig tiefer und isoliert stehend (Abb. 3).

Bei starken subjektiven Beschwerden, aber fehlenden objektivierbaren Kopfhautveränderungen sind nicht zuletzt psychische Störungen in Erwägung zu ziehen, bei denen das Kapillitium zum somatischen Ausdrucksorgan einer psychischen Dauerspannung wird. Es wird oft über persistierendes Kopfhautbrennen berichtet (Trichodynie oder Skalp-Dysästhesie). Bei betroffenen Frauen findet sich nicht selten eine Depressionen im Zusammenhang mit Eheproblemen. Eine Skalp-Dysästhesie kann auch Symptom einer generalisierten Angststörung sein. Für psychische Störungen mit vielfältiger, somatisch nicht erklärbarer Symptomatik, die weder einer depressiven noch einer Angststörung zugeordnet werden können, wurde der Begriff der somatoformen Störung geprägt.

Schmerzempfindungen der Kopfhaut sind differenzialdiagnostisch als Migräneäquivalent abzugrenzen. Bei älteren Menschen können auch eine neurologische Erkrankung oder eine Arteriitis temporalis Kopfhautschmerzen verursachen. Neben den neurotrophischen Ulzerationen im Versorgungsgebiet des entsprechend geschädigten Nervs kann auch die Arteriitis temporalis zu einer (temporalen) Ulzeration führen (Abb. 4), die als Marker für ein hohes Risiko der Augenbeteiligung mit Gefahr von Erblindung gilt.

### Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Dermatologische Klinik  
Universitätsspital Zürich  
Gloriastrasse 31, 8091 Zürich  
ralph.trueeb@usz.ch  
Dermatologische Praxis und Haarcenter  
Professor Trüeb  
Zentrum Wallisellen (ab August 2010)



### Weiterführende Literatur:

Trüeb RM: Haare. Praxis der Trichologie. Steinkopff Darmstadt 2003.